Lane Medical Library

De morbis venereis.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Fakultät zu München vorgelegt

von

Dr. Carl Möhl,

praktischer Arzt in Mainburg.

(Separat-Abdruck der Memorabilien 1868, 2. Liefg.)

Heilbronn.

Druck der M. Schell'schen Buchdruckerei.

1868.

M. G., 30 Jahre alt, verheiratheter Weber in München litt in der Jugend an Skrophulose, war aber vom 12. Jahre an vollkommen gesund. Im Jahre 1853, also in seinem 23. Jahre setzte er sich mit einer ihm unbekannten Person der Ansteckung aus. Drei Tage darauf entwickelte sich ein brennender Schmerz beim Uriniren, und bald darauf ein eitriger Ausfluss aus der Harnröhre (Tripper), der ohne ärztliche Behandlung nach Aussage des G. M. unter einer strengen Hungerkur nach 3 Wochen vollkommen geheilt war. Ein Geschwür war nicht vorhanden. — Er verheirathete sich am 16. September 1857 im 27. Lebensjahre.

Seine Frau, 26 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, aus einer ehrbaren Familie, und war nach der festen Behauptung ihres Ehemannes eine intacta virgo. Acht Tage vor ihrer Verheirathung war sie menstruirt, der erste Coitus war mit allen Zeichen der bisherigen Virginität verbunden. Die Conception erfolgte bald, und befand sich die Frau im März 1858 im 6. Monate der Schwangerschaft. Um diese Zeit acquirirte M. an einer ebenfalls unbekannten Quelle abermals einen

Tripper, der an Heftigkeit den ersten übertraf und 4 Wochen dauerte. Da er bei seiner Krankheit dennoch den Geschäften nachging, und, um die Sache seiner Frau zu verbergen, seine Lebensweise in keiner Art änderte, so waren die Symptome in jeder Beziehung intensiver. Schon 16 Tage nach jenem Coitus fühlte er Schmerzen im linken Hoden und Samenstrange; ersterer schwoll bedeutend an und verursachte eine siebenwöchentliche Arbeitsunfähigkeit. Er kam am 3. April 1858 in die Behandlung der k. Poliklinik in München. Im Diarium dieser Anstalt steht: Gonorrhoea mit Orchitis, gegen welche Affectionen Cubeben und der *Fricke*'sche Verband in Anwendung kamen. Die Rückbildung des bis über Hühnerei-Grösse geschwollenen Hodens erfolgte langsam; im Juni 1858 indess hatte M. keine weiteren Beschwerden.

Derselbe hatte sich fernerhin keine geschlechtlichen Excesse erlaubt, und weder an den Genitalien selbst, noch sonst wo eine Affection syphilitischer Natur erlitten. Es war z. B. weder auf der Haut, noch auf den Schleimhäuten je eine Spur eines Exanthemes oder Geschwüres von ihm bemerkt worden.

Seine Frau kam zuerst am 16. Juni 1858 am Ende der 29. Schwangerschaftswoche mit einem Knaben nieder. Derselbe lebte — nach Aussage der Hebamme — und nahm die Brust. An den Fingern und Zehen war die Epidermis losgelöst, das darunter liegende Gewebe hyperämisch. Das

Kind war sehr schwach und starb am 2. Tage nach der Geburt.

Die zweite Niederkunft erfolgte am 5. Aug. 1859 in der 25. Woche der Schwangerschaft. Soweit meine dessfallsigen Erkundigungen Vertrauen verdienen, soll das frühgeborne Mädchen auf der Haut keine Abnormität dargeboten haben. Es starb eine Stunde nach der Geburt.

Dritte Niederkunft am 3. Juli 1860, in der 29. Schwangerschaftswoche. Das Aussehen des Kindes veranlasste seine Eltern und die Hebamme die Hülfe der k. Poliklinik in Anspruch zu nehmen.

Ich — damals Praktikant an der erwähnten Anstalt — fand die Mutter von der sehr leichten Geburt (Steisslage) sehr wenig angegriffen, und die Genitalien, wie sie den Umständen entsprachen. Das Kind, ein Knäblein, Frühgeburt im 7. Monate, war 15 Zoll lang, $4^1/_2$ Pfund schwer, im Allgemeinen ganz der erwähnten Periode gemäss entwickelt. Es lebte, nahm die Brust, ohne jedoch kräftig zu saugen, war sehr schwach und mager. Das Haupt war nur wenig behaart. Der ganze Körper, besonders aber der Rücken, die Genitalien und die innere Schenkelfläche waren mit Geschwüren und Blasen im Durchmesser von 2—5 Linien bedeckt. Die Blasen waren von einem dunkelrothen Hofe umgeben, und mit einer molkigen Flüssigkeit gefüllt. Da, wo die Epidermis geborsten war, zeigte sich der Geschwürsgrund mit gelbgrünlichem, schmierigem Eiter bedeckt.

Die Nägel an Fingern und Zehen waren noch sehr weich, das Nagelbeet war entzündet, erstere theilweise abgehoben. Auch die Schleimhaut der Nase war mit kleinen Geschwüren bedeckt; ihr Sekret bestand aus dünnflüssigem, übelriechendem Eiter. Das Kind starb am 3. Tage der Geburt. Da über die Diagnose: „Syphilis congenita — Pemphigus syphiliticus" kein Zweifel obwalten konnte, so nahm ich sofort eine genaue Untersuchung des Mannes vor. Der Penis war frei von Geschwüren und Narben, ebenso die Umgegend des Afters. Der linke Hoden war merklich grösser als der rechte, bei Druck auch etwas empfindlicher. Das Drüsengewebe übrigens bot dem Gefühle keine Abweichung vom Normalen dar. Die Leistendrüsen waren geschwollen, bohnengross, schmerzlos bei Berührung, von derber Consistenz Geschwollene Drüsen fand ich ferner in der Achsel-, Ellenbogen- und Nackengegend. Die Untersuchung des Mundes und des Rachens bot durchaus nichts Abnormes.

Am 10. August 1860 nach Ablauf des Puerperium unterwarf ich die Frau der Untersuchung. Dieselbe war von kräftigem Körperbau, blühendem Aussehen und vollkommener Gesundheit. Der Uterus war rückgebildet, der Muttermund geschlossen, die Vagina kontrahirt. Weder auf der Haut des Körpers noch an den Genitalien, noch auf den sichtbaren Partien der Schleimhäute fand ich Spuren von Syphilis. Die Drüsen waren

nirgends geschwollen. Auch früher hat die Frau nie an Symptomen der Syphilis gelitten.

Ich empfahl nun beiden Eheleuten Enthaltsamkeit und verordnete Jodkalium. Hievon nahm der Mann in zwei Monaten $1^1/_2$ Unzen; die Frau konzipirte Mitte Oktober und setzte die Jodkur bis in den 6. Monat der Schwangerschaft fort (4 Unzen). Im April fühlte sie die ersten Kindesbewegungen. Die Niederkunft erfolgte am 3. Juni 1861 in der 33. Woche der Schwangerschaft. Das neugeborene Mädchen war $16^1/_2$ Zoll lang, 5 Pfund schwer. Muskeln und Fettpolster waren noch wenig entwickelt. Im Uebrigen aber glich es ganz und gar seinem Vorgänger, d. h. es war mit Pemphigus, Rypia und Ozaena syphilitica behaftet, und starb am 3. Tage nach der Geburt.

Nun untersuchte ich abermals den Vater des Kindes, ohne ein anderes Resultat, als das erste Mal, zu erhalten. Nur hatte die Anschwellung der Nacken- und Ellenbogendrüsen entschieden abgenommen. — An der Frau war nichts Abnormes zu entdecken.

Am 20. Juni unterwarf ich den Mann einer energischen Schmierkur. Eine und eine halbe Unze Unguentum mercuriale ward verrieben, bis zur beginnenden Salivation. Sodann nahm der Mann innerhalb zweier Monate 2 Unzen Kalium jodatum. Als ich ihn am 4. November 1861 untersuchte, war ausser den Leistendrüsen nirgend eine Drüse im Nacken oder in der Ellenbogengegend zu entdecken. Interkurrirend hatte er

vom 11.—24. Aug. eine fieberhafte Bronchitis überstanden.

Seine Frau koncipirte Ende November 1861, war während der Schwangerschaft gesund, und nahm in jeder Woche bis zum 4. Monate eine Drachme Jodkalium. Am Ende der 38. Woche gebar sie unter normalen Verhältnissen einen gesunden, kräftigen $7^1/_4$ Pfund schweren Knaben, welcher weder jetzt noch später Spuren von Syphilis erkennen liess.

(Meine ärztliche Thätigkeit in diesem Falle geschah natürlich mit Wissen und unter der Aufsicht des Vorstandes der k. Poliklinik, des Herrn Prof. Dr *Seitz*.)

Vergleicht man vorliegende, mit der grössten Gewissenhaftigkeit verzeichnete, Beobachtung mit den modernen Theorien über die venerischen Krankheiten, so fehlt es nicht an Verstössen gegen dieselben. Da hiezu im Laufe meiner bisherigen praktischen Thätigkeit noch mehrere andere kommen, so machte ich mir in diesem Fache mein eigenes Glaubensbekenntniss, welches ich hiemit veröffentliche.

Wir leben gerade jetzt in einer Zeit, in welcher zumeist die Männer der grössten Erfahrung am meisten Wirrwar in die Lehre der Syphilis gebracht haben. Der wissbegierige Schüler, der junge Arzt hört von den verschiedenen Autoren die entgegengesetztesten Ansichten. Jeder Autor beweist die seinigen mit Scharfsinn, und stützt sich dabei auf seine Erfahrungen. Was tüchtige

Lehrer Jahre lang mit Energie verfochten, haben sie in neuester Zeit wieder aufgegeben; was sie früher mit ihren früheren Erfahrungen bewiesen haben, davon beweisen sie jetzt mit ihrer jetzigen das Gegentheil.

Ricord, Rollet, Longlebert, Hunter, Simon, Herrmann, Sigmund, Lindwurm, Virchow, Bärensprung, Michaelis u. n. m. a. stehen auf dem Kampfplatze der Syphilis. Welchen Preis für die Wissenschaft oder Praxis haben sie bis jetzt errungen? Was soll der Anfänger von allen Seiten nach verschiedenen Richtungen gezogen, glauben? was leugnen? Wie soll er sich in praxi benehmen?

Es sei mir gestattet, mit wenigen Worten den Gang des Kampfes über die venerischen Krankheiten zu beschreiben.

Der Beweis für die Existenz eines syphilitischen Giftes gehört unstreitig zu den grössten Errungenschaften unserer Fachgenossen. Und in der That ist diese Existenz in der Lehre der Syphilis das Einzige, worin Alle übereinstimmen. Der Umstand, dass die sog. sekundären Symptome um Vieles häufiger nach Schanker als nach Tripper zum Vorscheine kommen, veranlasste die Eintheilung in Tripper- und in Schanker-Infection. Obwohl alle früheren Beobachter auch auf Tripper hie und da die Syphilis secundaria folgen sahen, obwohl mehrfache Versuche der Impfung mit Tripperschleim Schankerpusteln erzeugten (*Ricord, Castelnau* etc. etc.), obwohl es auch heut zu Tage jedem einigermassen beschäftigten Arzte

vorkommt, dass ein Syphilitischer nur an einem Tripper gelitten haben will, so haben doch *Ricord* und mit ihm fast alle neueren Syphilidologen den Tripper aus der Lehre der Syphilis gestrichen, und ersteren in einen gutartigen, wie er nach Coitus mit menstruirten oder an Flour albus leidenden Frauen erfolgt, und in einen bösartigen, die sogenannte virulente Blennorrhö eingetheilt. Diese Eintheilung hat ohne Zweifel ihre volle Richtigkeit; die erstere Art unterscheidet sich wesentlich von letzterer, wovon ich mich erst in jüngster Zeit wieder überzeugte. — Ein Bauer acquirirt von seinem Weibe, die an Retroflexio uteri und einem chronischen Uterinalkatarrh leidet, einen Tripper, der ohne wesentliche Beschwerden verlief und nach 8 Tagen unter Anwendung von Bädern und Vermeidung des Coitus geheilt war. — Um sich aber die grosse Anzahl jener Fälle zu erklären, bei denen auf virulente Blennorrhö syphilitische Erscheinungen zum Vorscheine kamen, *erfand man* den sogenannten larvirten Schanker, der in der Harnröhre dem ärztlichen Blicke verborgen sei. Die neue Lehre vom unsichtbaren Harnröhrenschanker fand vielen Anklang; man freute sich, wenn man mit Tripperschleim einen Schanker einimpfen konnte, denn man glaubte hiemit die Gegenwart eines larvirten Schankers, die auf keine andere Weise mit Sicherheit diagnosticirt werden kann, erwiesen. So hatte *Ricord* in einer Zusammenstellung von 814 Schankern, 17 indurirte (?) und drei einfache

innerhalb der Harnröhre sitzen sehen; die Zahl der auf diese Weise beobachteten Harnröhrenschanker würde eine enorme sein, wenn man mit jedem Trippersekrete Impfversuche gemacht hätte. Jedem Unbefangenen muss sich ein Zweifel über die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung aufdrängen. Man hat mit Sicherheit nichts Anderes bewiesen, als dass auch Tripperschleim Schankerpusteln erzeugen könne; der Rückschluss auf einen verborgenen Schanker beweist nur den frommen Wunsch für eine strenge Scheidung zwischen Tripper- und Schankergift, ist aber keineswegs wissenschaftlich begründet. Denn von entsprechenden Sectionsresultaten, die allein einen direkten Beweis liefern könnten, verlautet so viel, wie nichts. Das Eindringen von Gift in die Tiefe der Harnröhre wird durch deren anatomische und physiologische Eigenschatten durchaus nicht begünstigt. Ulcerationen auf der Harnröhrenschleimhaut; mit Harn fortwährend besudelte Geschwüre in einem engen und sehr reizbaren Kanale sind kaum so harmlos, um übersehen werden zu können. Die Anwesenheit eines indurirten Schankers, welche nach *Bärensprung* und dessen Anhängern jene Fälle erklären müsste, wo auf Tripper Syphilis erfolgte, könnte nach meinem Dafürhalten kaum ohne wesentliche Beeinträchtigung des Lumen und somit der Functionen der Harnröhre gedacht werden. Ich glaube daher, ohne die Möglichkeit eines Harnröhren Schankers zu leugnen, dass in überwiegender Mehrzahl der Fälle

die vermutheten larvirten Schanker nicht existirt haben, und dass ebenso, wie ein mit virulenter Blennorrhö behaftetes Frauenzimmer den einen mit Schanker, den anderen mit Tripper beschenken kann (und diess ist durch die Erfahrung und durch die Untersuchungen von *Vigaroux, Hennen* und vieler Anderer bewiesen), ein mit Tripper behafteter Mann, wenn auch in seltenen Fällen, Schanker austheilen, oder, dass man mit dem Sekrete seines Trippers eine Schankerpustel einimpfen kann, —

Viele ältere Aerzte z. B. *Richter* in seiner Pathologie und Therapie, Wien 1831 glaubten an die Identität des Tripper- und Schankergiftes; hielten aber deren Kontagiosität an verschiedenen Organen, wie auf äusserer Haut, auf Schleimhäuten etc. verschieden; sie hielten das Tripper-Contagium für ein milderes. Es ist daher wirklich staunenswerth, wenn man alle jene Fälle, wo auf Tripper Syphilis folgte, meist unter dem Titel „ungenaue Beobachtung" verwirft eben nur, um eine strenge Unterscheidung durchführen zu können. —

Nachdem also mit Hülfe des larvirten Schankers der Tripper aus der Syphilis entfernt war, genügte auch der Begriff „Schanker" nicht mehr, und man begann auch diesen wieder in verschiedene Arten einzutheilen. Von Interesse ist hier nur die Eintheilung in den einfachen, weichen, und in den harten, spezifisch syphilitischen Schanker. Das im Eingange von dem Kampfe der

Syphilidologen Gesagte, gilt hier im vollsten Maasse. Schroffe Gegensätze mit einer originellen Leidenschaftlichkeit vertheidigt („Kampf mit einem *Lindwurm*“) stehen sich hier gegenüber. Eine vorurtheilslose Beobachtung in dieser Sache scheint unmöglich geworden zu sein; denn wie wären sonst die Widersprüche eines *v. Bärensprung* und *Sigmund* möglich?

Der einfache, weiche Schanker theilt bei vielen Syphilidologen das Loos des Trippers, er ist wie diese zur reinen Lokalaffection geworden. Als diagnostische Merkmale vom harten Schanker werden aufgeführt: Zahl, Geschlecht, Bau, Verlauf, Inokulabilität auf syphilitische und nicht syphilitische Individuen. Man nannte das Contagium des weichen Schankers: Schankergift, das des indurirten: syphilitisches Gift. Wieder andere nehmen den indurirten Schanker schon zur sog. sekundären Syphilis, und haben ihm bezüglich seines Auftretens ziemlich genaue Termine vorgezeichnet.

Es ist eine unleugbare Thatsache, dass auf jene weichen Geschwüre, die einige Tage nach einem verdächtigen Coitus auftreten, bei richtiger Pflege und Behandlung selten Syphilis folgt, und dass man vollkommen berechtigt ist, die Prognose günstiger zu stellen. Ebenso unleugbar ist es aber, dass wie auf Tripper, so auch — und noch öfter — auf weiche, ganz unbedeutende richtig behandelte oder vernachlässigte Schanker späterhin sekundäre Erscheinungen beobachtet wurden.

Ferner ist es Thatsache, dass auf den exquisit harten, indurirten Schanker, besonders, wenn er erst spät nach der Ansteckung auftritt, weiters das Bild allgemeiner Syphilis folgt, oder schon vorhanden ist; dass diess aber nicht nothwendig der Fall sein muss. —

Es ist hier nicht am Platze, die verschiedenen Gründe, welche die Vertreter der einzelnen Theorien aufgeführt haben, einer näheren Besprechung zu unterziehen, und erlaube ich mir nur, auf die bei Enke in Erlangen erschienene Monographie des k. Regimentsarztes Dr. *Friedrich* aufmerksam zu machen, welcher das jetzige Schlachtfeld der Syphilis in Kürze beschrieben hat. Aus Allem ist zu ersehen, dass jene Eintheilung in syphilitische und nicht syphilitische, in harte und in weiche Schanker mit den Erfahrungen der unpartheischen Aerzte nicht übereinstimmt. Eine ganz unbedeutende Praxis genügt, um in Widerspruch mit jener Lehre zu gerathen. So habe ich z. B. in zwei Fällen nach weichem, bald heilendem Schanker sehr schöne Roseola gesehen, obwohl die Betroffenen früher an syhilitischen Erscheinungen nicht gelitten hatten. *Bärensprung* wird freilich diesen Beobachtungen misstrauen, *Sigmund* wird sie für sehr natürlich halten, ich aber vertraue denselben jedenfalls mehr, als der *v. Bärensprung*'schen Theorie.

Demungeachtet wäre die Eintheilung in harte und in weiche Schanker gewissermassen gerechtfertigt. Allein leider ist die Frage „Welcher

Schanker ist weich, welcher hart? Wo fangt die Weichheit, wo die Härte an?“ in sehr vielen Fällen unbeantwortbar, und wird alle Tage von den Anhängern verschiedener Ansichten verschieden beantwortet. Dass aber jedes entzündete Gewebe, jedes Geschwür durch fortwährende Reibung, durch Verunreinigung und Vernachlässigung eine üble Beschaffenheit annehmen; dass seine Ränder und Basis durch Bindegewebsneubildung und entzündliche Schwellung induriren können, ist eine jedem Chirurgen bekannte Erscheinung. Von mehreren hierin gemachten Erfahrungen nur ein Beispiel.

H. 30 Jahre alt, hatte vor zwei Jahren einen Schanker acquirirt, der am 18. Tage nach der Ansteckung exquisite Induration zeigte, und nach Anwendung energischer Aetzmittel mit Hinterlassung eines fast erbsengrossen Substanzverlustes an der Corona glandis geheilt war. Syphilitische Erscheinungen kamen nicht zum Vorscheine. H. setzte sich indessen noch oft Ansteckungsgefahren aus, und gebrauchte in letzter Zeit ausschliesslich und sehr häufig eine Person, welche ich schon mehrmals an Cardialgie behandelt hatte. Hiebei zog er sich endlich eine Affection zu, welche ihm selbst besonderer Art zu sein schien. Ein kleines, mit blutiger Flüssigkeit gefülltes Bläschen sass auf der Eichel, und wurde von H., der das Gift entfernen wollte, fleissig ausgedrückt. Als ich ihn untersuchte, fand ich, ausser der Schankernarbe, an der bereits bezeichneten Stelle ein

rundes, etwa 3 Linien im Durchmesser zählendes, mit kleinen, dunkelrothen Granulationen bedecktes, seichtes, nicht eiterndes Geschwür auf einer fest indurirten Basis. Bei der Berührung war es durchaus nicht schmerzhaft, vielmehr komprimirte H. auf diese Frage dasselbe sehr kräftig, so dass mehrere Blutstropfen zwischen den Granulationen zum Vorscheine kamen. Letzteres Maneuvre hatte H. täglich mehrmals exercirt, und dabei den Coitus mit jener Person fortgesetzt. Ich verordnete Ruhe und Auflegen von kalten Compressen. Nach 4 Tagen war das Ulcus geheilt; nach weiteren 8 Tagen auch die Induration vollkommen verschwunden. Das Mädchen, welches H. in den letzten 6 Monaten ausschliesslich gebraucht hatte, habe ich auf sein Ansuchen zweimal sorgfältig mit dem Spekulum untersucht, fand einen nur unbedeutenden Flour albus, aber keine Spur von Syphilis. Auch auf der Klinik des Herrn Professor *Lindwurm*, wo Patientin unmittelbar darauf untersucht wurde, ward nichts Anderes gefunden. Fast gleichzeitig mit der Heilung jener Ulceration ward H. von einem papulösen und makulösen Exanthem befallen, welches durch eine antisyphilitische Kur beseitigt wurde.

In neuester Zeit hat man mit gutem Grunde sich mit der Unterscheidung in harte und weiche Schanker nicht mehr begnügt, sondern man glaubte den Schwerpunkt der Diagnose zwischen syphilitischen und nicht syphilitischen Geschwüren in ihrer Inokulationsfähigkeit gefunden zu haben.

Man sah nämlich, dass das Sekret des weichen Schankers stets wieder einen solchen und nie Syphilis erzeuge, das Sekret des harten Schankers dagegen stets ohne Erfolg auf den Träger desselben verimpft wird. Da aber die Durchführung dieser Unterscheidung eben an der Verschiedenheit des Begriffes der Härte und Weiche scheitern musste, in jenen Fällen, wo auf exquisit harten Schanker die Impfung auf dessen Träger anschlug, man sich mit einer Combination beider Schankerarten über die Klippe half, so machte Dr. *Friedrich* in München den Vorschlag, von aller Gestalt und Beschaffenheit des Schankers abzusehen, zu impfen, und nach dem Impfresultate die Schanker in syphilitische und nicht syphilitische zu unterscheiden. Allein diesem Vorschlage stehen mehrere, wichtige, besonders praktische Bedenken entgegen.

1) Die Impfbarkeit des Sekretes ist zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene. Die tägliche Erfahrung lehrt, dass nicht nur bei venerischen Geschwüren, sondern auch bei andern Contagien ihre Uebertragbarkeit an eine gewisse Entwicklungsstufe gebunden ist. Da man aber den Impfstoff nicht immer zur rechten Zeit erhält, so hat ein negatives Resultat nie einen positiven Werth.

2) So gut harte und weiche Schanker neben einander vorkommen, ebenso können auch syphilitische und nicht syphilitische Geschwüre neben einander bestehen. Also hätte in diesem Falle

auch ein positives Resultat keine Beweiskraft. Und

3) kann ein auf den Träger oder einen Andern geimpftes Geschwür etwas Anderes beweisen, als dass Geschwürseiter wieder ein Geschwür zu erzeugen im Stande ist? Ist die Syphilis damit bewiesen oder geleugnet? (Vergleiche *Sigmund* „Ueber die Impfung etc. etc.“ Wiener medicin. Presse VI. Jahrg. Nr. 40.)

4) Wir kennen die Bedingungen nicht, unter welchen ein Schanker gangränös oder phagadänisch wird. Auch davon abgesehen ist es in praxi ein sonderbares Gebahren gegenüber dem Patienten, ihm zur Feststellung der Diagnose einen neuen Schanker aufzuhängen, der vielleicht schmerzhafter und hartnäckiger als der erste ist, und sich wie ich selbst in einem Falle beobachtet habe, in ein grosses Geschwür verwandeln kann. Es wird daher dieses diagnostische Hilfsmittel, dessen Werth überhaupt ein geringer ist, nur ganz geduldigen Patienten gegenüber angewendet werden können.

Die Ueberzeugung welche ich bisher über das Wesen der venerischen Krankheiten gewonnen habe, ist folgende:

I. Die Syphilis ist eine kontagiöse Blutkrankheit, welche sehr oft angeboren ist.

II. Die Symptome dieser Krankheit halten oft eine gewisse Reihenfolge ein. Jedoch gehört es zur Charakteristik der Syphilis, dass sie auf jeder Stufe der Entwicklung stehen bleiben, mehr

oder minder lange Zeit verschwinden, ganz unmerkbar werden oder wieder erscheinen kann.

III. Wohl die meisten Sekrete einer syphilitischen Person können für den Nichtsyphilitischen Quelle der Ansteckung werden.

IV. Tripper und Schanker in allen Arten gehören nicht zum Wesen der Syphilis. Tripper- und Schankersekret eines Syphilitischen gehören zur sub Nro III erwähnten Kategorie.

V. Hiernach ergeben sich die therapeutischen Massregeln, welche im einzelnen Falle zu ergreifen sind, von selbst.

Ad I. Dass die Syphilis eine kontagiöse Blutkrankheit sei, ist jetzt so ziemlich allgemein anerkannt; ebenso, dass sie von den Eltern auf das Kind übertragen werden könne. In welcher Weise letzteres geschehe, ist noch vielfach Gegenstand des Streites. Abgesehen von jenen gewiss seltenen — und fraglichen — Fällen, wo einem Kinde während des Durchganges durch die Scheide die Syphilis mitgetheilt wurde, kann diese von der Mutter und vom Vater übertragen werden. Entweder ist die Mutter syphilitisch, oder wird von ihrem syphilitischen Manne angesteckt; ihr Kind ist mit Syphilis behaftet. Doch gibt es unzweifelhaft syphilitische Kinder von Müttern, die nie von Syphilis zu leiden hatten, und diese Kinder können daher ihre angeborne Krankheit nur vom Vater erhalten haben. Man ist oft gezwungen anzunehmen, dass entweder die Mutter dennoch syphilitisch war, wenn auch keine Symp-

tome dieser Krankheit beobachtet wurden, oder man muss den männlichen Saamen als Träger des Contagium auf das Ei — ohne Einfluss auf die Mutter — betrachten. Beide Annahmen können nicht mit Bestimmtheit widerlegt werden, und es ist mir schwer einzusehen, warum — wie *Sigmund* glaubt — der Saame nicht im Ei eben so gut den Keim der Syphilis, als der Tuberkulose, der Epilepsie etc. oder irgend einer hereditären Krankheit legen können.

Ad Nro II. Es gibt ganz gewiss eine latente Syphilis. Diese Latenz ist bewiesen weniger durch die vielfach angezweifelte Beobachtung, dass die Symptome der Syphilis erst viele Jahre nach der bekannten Ansteckung aufgetreten sind, als durch die Art und Weise, wie die Syphilis in unendlich vielen Fällen verläuft. Wir wissen, dass der Syphilitische noch recht gut syphilitisch bleiben kann, wenn auch seine Roseola oder sein Rachengeschwür mit oder ohne Behandlung geheilt sind. Warum soll der Syphilitische nicht syphilitisch bleiben können, wenn die Symptome seiner Krankheit nur bis zu einer von Niemand bemerkten Drüsenanschwellung oder nicht einmal so weit gekommen sind? Diese undiagnosticirte Syphilis ist wohl viel häufiger, als allgemein angenommen wird, und erklärt manchen sonst dunklen Fall von angeborner Syphilis. Die auf einer niederen Entwicklungsstufe stehen bleibende Syphilis erklärt am besten die zahlreichen Widersprüche, welche insbesondere die Frage hervor-

gerufen, ob Syphilis bei der Vaccination übertragen werden könne. Die Wiener Schule bewies gelegentlich des Prozesses *Hübner*, dass ein Unterschied zwischen der Vaccinepustel eines Syphilitischen und Nichtsyphilitischen nicht bestehe. Allein es ist ganz unzweifelhaft, dass, wenn von einem syphilitischen Kinde abgeimpft wird, das Geimpfte syphilitisch werden kann. Wie weit die Syphilis bei ersterem und letzterem schreitet, ob sie diagnosticirt wird oder nicht, kann nicht in Betracht kommen. Jedenfalls wird unwissentlich sehr oft von syphilitischen Kindern auf gesunde geimpft, und wenn letztere meistens gesund bleiben, so steht eben das Impfsekret auf der Stufe des Trippersekretes, d. h. es vermittelt nur selten die Ansteckung.

Die Latenz der Syphilis durch viele Jahre erkennt auch *Skoda* an. (Medicinische Presse 1867 Nr. 39). Was aber viele Jahre latent bleiben kann, kann auch immer latent bleiben; man müsste sonst dem Betreffenden zumuthen, mit seinem Tode bis zum Ausbruche der Syphilis zu warten. *Skoda* sagt ferner: „Die Syphilis bleibt oft beim indurirten Schanker stehen.“ Ich bin überzeugt, sie bleibt noch unendlich öfter bei einem Punkte stehen, bei dem sie nicht mehr erkannt wird, und mit Recht rief *Rinecker* in Würzburg seinen Schülern zu: „Wir Alle sind vielleicht syphilitisch!“

Ad Nr. III. Dass nicht nur der Geschwürseiter als Kontagium wirken könne, ist einestheils

durch die Erfahrung bestätigt, andertheils durch die Analogie anderer kontagiöser Blutkrankheiten. Für Blut und Exsudatflüssigkeit ist diess durch die Inokulation direkt bewiesen, und auch Speichel, Schleim etc. werden keine Ausnahme machen. Dass aber im Grade der Kontagiosität der Sekrete ein grosser Unterschied besteht, ebenso auch in der Art ihrer lokalen Wirkung, ist nicht zu bezweifeln. Die Wundsekrete, obenan der Eiter sind bei allen ansteckenden Krankheiten das gefährlichste Kontagium wie: Eiter von Blattern, Milzbrandpusteln, Rotzgeschwüren etc. Auch die Affection an der Berührungsstelle ist bei diesen Sekreten die augenscheinlichste, und geht meistens der Allgemeinerkrankung voraus. Für die Syphilis gilt diess vom Schanker und den breiten Condylomen.

Ad Nr. IV. Tripper und Schanker gehören nicht zur Syphilis. Diese Ansicht, welche sich in der neuesten Zeit immer mehr Bahn bricht (insofurne man unter Syphilis nur die allgemeine Blutkrankheit versteht), ist ohne Zweifel die richtige. Denn Tripper und Schanker können Nichtsyphilitische haben, sie auf andere Gesunde fortpflanzen, keiner wird davon syphilitisch werden. Die Tripper und Schanker *der Syphilitischen* aber können stets ansteckend wirken. Der exquisit harte Schanker ist nur desshalb der gefährlichste, weil er in den meisten Fällen nur bei Syphilitischen vorkommt. Allein auch der beim Syphilitischen seltnere weiche Schanker ist gefährlich;

und wenn das Blut eines Syphilitischen mit Erfolg inokulirt werden kann, so klingt es gewiss inkonsequent, wenn man leugnet, dass auch der Tripper eines Syphilitischen das Kontagium bilden könne. Ich wiederhole daher kurz: *In jenen Fällen, wo man mit Trippersekret allgemeine Syphilis erzeugte, stammte dasselbe von einem Syphilitischen.* Diess mag auch vom Sekrete des sog. weichen Schankers gelten. Es erklärt sich hieraus, was alle Aerzte in grossen Städten sehr oft beobachten, dass Freudenmädchen, die von Angesteckten zur Untersuchung geschickt werden, nur an leichtem Fluor albus leiden, und dass der beim weiblichen Geschlechte und daher auch bei dessen Syphilitischen ungemein häufige Fluor albus viel öfter Quelle der Ansteckung wird, als der Tripper beim männlichen Geschlechte. Auch in jenen selteneren Fällen, in welchen ein mit Tripper Angesteckter später syphilitisch wird, braucht man nicht an einen unsichtbaren Harnröhrenschanker zu glauben. Denn

Ad Nro V, Die Syphilis kann unter allen Verhältnissen *auch ohne lokale Erkrankung* mitgetheilt werden. Es ist dabei gleichgültig, ob der Betreffende vordem einen Tripper gehabt hat, oder nicht, obwohl ersteres sehr häufig der Fall ist. Denn dieselbe Quelle, die Blennorrhö einer Syphilitischen, welche die Syphilis im Organismus erzeugt, erzeugt auch gerne in der Urethra den Tripper. Dass aber der Tripper selten die Quelle der Ansteckung wird, beruht nach meiner Ueber-

zeugung auf der viel geringeren Quantität des ihm innewohnenden Giftes. Während das Geschwürssekret in allen ansteckenden Krankheiten als Heerd des Giftes erfahrungsgemäss betrachtet werden muss, ist diess bei Schleimhaut- und Drüsensekreten durchaus nicht der Fall, wie diess besonders die mit Syphilis in vieler Beziehung analoge Rotzkrankheit beweist. Gerade für die letzteren Sekrete gilt auch, dass sie wenn auch in seltenen Fällen ohne lokalen Reiz, ohne lokale Erkrankung vielfach durch die oberflächlichen Lymphgefässe aufgesogen eine konstitutionelle Erkrankung herbeiführen können Die Wärter von rotzkranken Pferden werden rotzkrank, ohne dass in vielen Fällen eine lokale Affection vorausgegangen wäre, und derlei Analogien liessen sich noch in grosser Anzahl anführen. Der Speichel also ein Drüsensekret, ist der Träger des Wuthkontagium, und unendlich oft bleibt dasselbe ohne lokalen Reiz. Auch bei der Syphilis scheint der Speichel eine grössere Rolle zu spielen, als man bisher vermuthete. Denn oft erstaunt man, wie schnell ein syphilitisches Kind die anderen seiner Umgebung ansteckt, ohne dass man oft Gelegenheit hätte, sogenannte primäre Affectionen zu beobachten.

Ad Nr. VI. Bezüglich der Behandlung nur folgendes: Man soll sich nie herbeilassen eines Schankers halber, mag derselbe aussehen, wie er will, Merkur oder Jod zu verabreichen. Nur die Syphilis ist mit diesen Mitteln zu behandeln.

Denn ohne die Diener der Venus mit *Herrmann* an die Stelle der Quecksilber Arbeiter zu setzen, so bleiben dennoch Merkur und Jod Mittel, welche nur nach strenger Anzeige gereicht werden sollen. Eine Lanze aber möchte ich noch einlegen für die Syphilitischen, welche das Vorrecht zu haben scheinen, als Probirsteine für die ärztliche Kunst gebraucht zu werden. (Syphilisation!) —

Will man verhüten, dass syphilitische Eltern syphilitische Kinder zeugen, so werden in allen Fällen Vater und Mutter zu behandeln sein. Für die Prophylaxis aber ergibt sich die doppelte Warnung vor verdächtigem Coitus. Denn derjenige, welcher seinen Freund verhöhnt, weil dieser einen Tripper aus einer Quelle schöpfte, bei welcher er selbst leer ausgegangen ist, soll bedenken, dass er vielleicht viel schlechter gefahren, und dass er nach vielen Jahren noch durch syphilitische Kinder an jene Quelle erinnert werden kann.

Aus dem Vorhergehenden ergibt sich die Epikrise der beiden eingelegten Krankengeschichten von selbst.

1. M. litt entweder an angeborner Syphilis oder wurde von einer Syphilitischen durch ihre Blennorrhö angesteckt. Seine Syphilis gedieh nur zu einer Anschwellung der Drüsen. Der günstige Einfluss des Quecksilbers und Jod auf diese und seine Nachkommenschaft war evident. Die Mutter blieb von Syphilis verschont; es lässt sich